



**Le partenariat public / privé à l'école en pages 8 à 13**

Ne paraît pas en juillet • Bureau de dépôt : Bruxelles X - ISSN 0776-2623 • Numéro d'agrération : P401139

Editeur responsable : Jean Hermesse, chaussée de Haecht 579 - boîte postale 40 - 1031 Bruxelles. Crédit photo : Isopix

## Après le cancer du sein, le cancer colorectal

Le 9 novembre dernier, à l'occasion du symposium annuel de la Fondation contre le Cancer, consacré cette année aux cancers du gros intestin, la Ministre de la Santé de la Communauté française, **Catherine Fonck** a annoncé l'organisation prochaine d'un programme de dépistage systématique de ces cancers.

La fondation, en la personne du **D<sup>r</sup> Didier Vander Steichel**, son directeur scientifique, s'en réjouit à plus d'un titre.

Tout d'abord, ce dépistage systématique fait l'objet de plusieurs recommandations scientifiques et enregistre un consensus quant à sa nécessité et à son utilité.

Comme la ministre l'a rappelé lors du symposium, une étude récente du Centre fédéral d'expertise des soins de santé estime que le dépistage systématique des cancers du gros intestin peut diminuer de 15 % la mortalité due à ce cancer en Belgique. Comme il s'agit d'un des cancers les plus fréquents chez l'homme comme chez la femme, la pertinence d'un programme de qualité semble évidente.

D'autre part, la manière dont l'organisation de ce dépistage est envisagée tient compte des expériences antérieures en la matière (dépistage du cancer du sein). Nous savons en effet que pour fonctionner, une campagne de dépistage suppose préalablement un consensus entre les différents médecins concernés afin qu'ils parlent d'une seule et même voix.

Ce travail de concertation entre médecins est en cours et précède le lancement effectif du dépistage auprès du grand public. La concertation a notamment pour but de déterminer avec précision le public cible du dépistage, le type d'examen à proposer et à quel rythme. La ministre tient également compte des expériences similaires dans les pays voisins de la Belgique.

Enfin, une campagne de communication destinée au grand public sera réalisée le moment venu en concertation avec tous les acteurs concernés.

Ce travail de préparation et d'organisation en profondeur va certes demander encore un peu de patience puisque le test sera disponible en 2009. Mais ceci est une condition indispensable au succès d'une telle campagne de dépistage.

Extrait du discours de Catherine Fonck

« Jusqu'à présent, ce dépistage n'est pas organisé de manière généralisée en Belgique, mais seulement sporadiquement ou lorsque l'on soupçonne un problème de cancer. Des exemples provenant de l'étranger, de France notamment, ont montré qu'un dépistage organisé, avec un bon enregistrement des participants, conduit à une diminution de la mortalité liée au cancer colorectal



Photo © Isopix

tal et ceci de manière intéressante en termes de coût-efficacité. Le KCE a chiffré le coût de l'introduction d'un tel programme de dépistage à 20 à 35 millions d'euros par an, selon le mode d'organisation.

Le KCE estimait en 2006 qu'il existait encore de nombreux points d'interrogation quant à la pertinence en termes de coût-efficacité d'un dépistage généralisé.

L'incertitude la plus importante concerne le taux de participation au dépistage organisé. Compte tenu des frais fixes importants, une participation minimale est nécessaire pour justifier le coût du dépistage et pour observer son effet sur la population. Il faut également examiner comment les participants seront invités et comment le test sera perçu : ces deux aspects peuvent influencer fortement la participation.

Face aux cancers du gros intestin (second cancer le plus fréquent chez la femme et troisième chez l'homme), une série de facteurs de risque ont été identifiés. Le rôle de l'alimentation, que le grand public associe spontanément à la prévention de ce cancer, est encore relativement mal connu. Toutefois, le Fonds mondial de recherche contre le cancer et l'Institut américain pour la recherche sur le cancer viennent de publier un état des connaissances scientifiques sur les liens alimentation - cancers.

#### Quoi de nouveau du côté de la prévention ?

La priorité est clairement donnée à la lutte contre l'obésité et la sédentarité.

Avant même de parler de ce que nous mangeons et buvons, le premier conseil qui nous est donné est d'être et de rester aussi minces que possible (en évitant toutefois l'insuffisance pondérale).

Seconde recommandation : pratiquer minimum 30 minutes d'activité physique par jour!

Troisième conseil, également destiné à lutter contre les kilos superflus : éviter les boissons sucrées et les aliments à haute densité calorique (très gras ou très sucrés).

Suivent la confirmation de conseils déjà connus comme de manger davantage de fruits et légumes aussi variés que possible (minimum 400gr par jour), de limiter sa consommation de viande rouge (maximum 300gr par semaine), de boire très modérément de l'alcool (maximum 2 verres par jour pour l'homme et 1 verre par jour pour la femme) et de limiter sa consommation de sel (maximum 5gr par jour).

D'autres recommandations intéressantes sont encore prodiguées :

- ne pas prendre de compléments alimentaires et autres vitamines pour se protéger du cancer mais privilégier une alimentation variée et équilibrée;
- pour les jeunes mamans, nourrir exclusivement leur enfant au sein pendant six mois. C'est tout bénéfique pour la mère et pour l'enfant;
- pour les personnes qui ont déjà eu un cancer, appliquer, elles aussi, ces conseils de prévention.

Promouvoir la minceur, lutter contre les sodas, les suppléments vitaminiques et le tout en voiture ou devant la télévision... Cela démontre un bel esprit d'indépendance quand on sait que ce rapport a été rendu public aux USA!

#### Facteurs de risque des cancers du gros intestin

Un facteur de risque est une circonstance qui favorise le développement d'une maladie. Certaines personnes ont en effet beaucoup plus de probabilités que d'autres d'être atteintes par un cancer colorectal (gros intestin). Mais cela ne signifie pas que la maladie se développera automatiquement lorsque certains facteurs de risque sont présents. Cela ne signifie pas non plus qu'elle sera toujours absente chez ceux qui n'ont aucun facteur prédisposant.

**L'âge.** La plupart des cancers du gros intestin atteignent des personnes de plus de 50 ans, même s'ils peuvent parfois se manifester plus tôt.

**Les polypes de l'intestin.** Un polype est une excroissance bénigne (non cancéreuse) de la paroi intestinale. Certains d'entre eux peuvent ultérieurement se transformer en cancer, d'où l'importance de les enlever préventivement.

**Le tabac.** Fumer augmente – aussi – le risque de cancer du gros intestin.

**Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.** Les formes chroniques de la maladie de Crohn et de la rectocolite ulcéro-hémorragique (deux maladies inflammatoires de l'intestin) s'accompagnent d'un risque augmenté de cancer colorectal.

**Les antécédents familiaux.** Le risque de développer un cancer du gros intestin est plus important que la moyenne en présence d'un ou plusieurs cas de ce type de cancer dans la famille. Certaines formes relativement rares de cancer colorectal sont même fortement influencées par l'hérédité.

**L'obésité et la sédentarité.** Les kilos superflus et le manque d'activité physique sont fortement soupçonnés de favoriser le développement de ce cancer.

#### Et l'alimentation ?

Différentes études épidémiologiques ont montré que l'on meurt moins de cancers du gros

intestin dans les régions où l'on consomme peu de graisses animales et beaucoup de fruits et légumes. Reste à savoir ce qui, dans une telle alimentation, offrirait une protection contre ces cancers. Les recherches portant sur le rôle de tel ou tel autre composant alimentaire particulier (les graisses, les protéines, les calories...) ont abouti à des résultats contradictoires. Même l'effet bénéfique des fibres alimentaires, longtemps considéré comme probable, ne s'est pas vérifié dans des études récentes.

Signalons aussi que certaines recherches évoquent un rôle néfaste de l'alcool dans l'augmentation du risque de cancer du gros intestin.

#### Médicaments préventifs ?

Chez la femme, le traitement hormonal substitutif de la ménopause s'accompagne d'une diminution du risque de cancer colorectal. Mais rappelons que ce même traitement hormonal augmente la fréquence des cancers du sein...

La prise au long cours de médicaments anti-inflammatoires (aspirine...) pourrait réduire le risque de développement de nouveaux polypes chez des personnes qui en ont déjà présenté ou ont déjà été atteintes par un cancer du gros intestin. Mais attention, la prise chronique de ce type de médicaments n'est pas dépourvue d'un risque d'effets secondaires graves (saignements intestinaux, hémorragie cérébrale, problèmes cardiaques).

Des suppléments d'acide folique et le calcium pourraient réduire le risque de cancer du gros intestin.

De sérieux points d'interrogation persistent donc à ce niveau, notamment en raison des effets indésirables ou potentiellement graves de tels traitements préventifs.

**D<sup>r</sup> D. Vander Steichel**, Directeur scientifique Fondation contre le cancer

Pour plus d'informations : [www.wcrf.org](http://www.wcrf.org) (en français).

*C'est dans ce cadre que j'ai chargé un groupe de travail scientifique, sous la houlette du Professeur Coche, expert au sein de mon cabinet, de travailler sur la faisabilité d'un programme de dépistage du cancer colorectal. Les travaux ont progressé dans un excellent climat. Ce groupe comprenait des*

*représentants des médecins généralistes, des gastroentérologues, de la Direction générale de la Santé en Communauté française, des mutualités, de Question Santé et de mon Cabinet.*

*Le groupe de travail scientifique a abouti à une proposition de programme de dépistage systéma-*

*tique qui sera débattue dans les prochains jours au sein du Gouvernement de la Communauté française<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup> Ce débat n'avait pas encore eu lieu au moment de la mise en forme de cet article (ndlr).



Il est important de rappeler ici que les programmes de dépistage mis en place dans le cadre d'un programme de santé publique doivent répondre à une série de critères qui ont été définis par l'OMS :

- les répercussions de la maladie sur l'individu et la société doivent avoir été mesurées (en termes de morbidité/mortalité et d'impact socio-économique);
- l'épidémiologie et l'histoire naturelle de la maladie doivent être suffisamment identifiées;
- un test de dépistage simple à mettre en œuvre, fiable, reproductible et valide doit être disponible. Le test doit être acceptable par la population;
- un accord est nécessaire dans la communauté scientifique sur les investigations diagnostiques à poursuivre chez les personnes dont le test est positif et sur les choix disponibles pour ces individus;
- une intervention doit être efficace pour les patients identifiés précocement, avec la preuve que l'intervention précoce apporte de meilleurs résultats qu'une intervention plus tardive;
- en dessous d'un certain taux de participation, le programme de dépistage n'est plus efficace, d'un point de vue collectif;
- le dépistage organisé se justifie lorsqu'il offre un rapport coût-efficacité avantageux relativement à une situation de référence (absence de dépistage ou dépistage individuel) et au regard de ce que le financeur est disposé à payer pour privilégier cette intervention de santé;
- si un dépistage peut être systématiquement proposé, afin de garantir l'équité dans l'accès à celui-ci, les individus doivent rester libres d'accepter ou de refuser le test. Le consentement doit être obtenu après information sur les avantages et inconvénients du dépistage.

C'est sur ces bases que le groupe de travail scientifique m'a remis voici quelques temps ses recommandations.

Selon les recommandations, le programme de dépistage devrait s'adresser aux personnes à risque moyen c'est-à-dire âgées de 50 à 74 ans, asymptomatiques et sans antécédents particuliers. Ce risque moyen de souffrir d'un cancer colorectal peut être estimé à 3,5%. Il ne concerne donc pas les personnes avant 50 ans et celles qui ont un risque élevé (ayant un antécédent familial de cancer colorectal) ou très élevé (dans les cas de cancer colorectal héréditaire non polyposique ou d'une polypose héréditaire).

Le groupe de travail a recommandé une phase préparatoire d'information et de formation des médecins généralistes de terrain au cours de l'année 2008 avant d'envisager l'information du grand public et de la mise en place du programme au début de l'année 2009.

Les médecins généralistes, en parfait accord avec les confrères gastroentérologues, seront la pierre angulaire de ce programme. Le programme de formation a été élaboré par des représentants de ces deux spécialités et la formation dispensée au cours de l'année 2008 le sera par un couple gastroentérologue-médecin généraliste de proximité. Pour le programme de dépistage du cancer colorectal, la seule méthode dont la validité a été démontrée, est la recherche de sang occulte dans les selles par la méthode de Gaiac. Pour qu'une méthode de dépistage de masse soit retenue, il est indispensable que la sensibilité soit satisfaisante et la spécificité très élevée. Il faut aussi que la méthode soit d'une utilisation simple, reproductible, bien acceptée par

les personnes concernées et de coût raisonnable. D'après les données disponibles en France où ce programme existe depuis quelque temps, la spécificité de l'« Hemoccult II » est de 98%, la sensibilité est de l'ordre de 20% pour un adénome dont le diamètre est de 1 à 2 cm et entre 30 à 75% pour un adénome de plus de 2 cm.

Il faut avoir à l'esprit qu'un adénome de moins d'1 cm va prendre environ 10 ans pour se transformer en cancer. Par ailleurs, sur 1.000 adénomes de moins d'1 cm, seulement 100 dépasseront la taille d'1 cm et seuls 25 deviendront des cancers. La sensibilité relativement faible est compensée par la répétition de l'examen de dépistage tous les 2 ans.

Ce programme de dépistage ne peut occulter les nécessaires actions de prévention auxquelles doivent participer tous les acteurs de terrain.

C'est dans ce sens que la Communauté française s'est engagée dans un Plan stratégique attitudes saines qui se base sur des recommandations simples mais essentielles telles que la consommation de fruits et de légumes, la lutte contre la surcharge pondérale et la pratique régulière d'une activité physique.

C'est un défi de taille qui nous attend : d'abord car l'enjeu est important, puisque l'objectif est de réduire la mortalité due au cancer colorectal, mais défi de taille aussi pour le programme de dépistage dont l'organisation est déjà fort élaborée mais pour lequel il faut être attentif à ne pas brûler les étapes sous peine d'en réduire l'efficacité. »

D'après un communiqué de la Fondation contre le Cancer

## « C'est l'exclusion qu'il faut exclure. Pas les séropositifs. »

La dernière enquête par interview réalisée par l'Institut de Santé Publique en 2004 révèle que 69 % de la population belge adhère à une ou plusieurs affirmations à caractère discriminatoire vis-à-vis des personnes séropositives ou malades du sida. Ce pourcentage est encore plus élevé dans les tranches d'âges supérieures ou parmi les publics faiblement scolarisés. C'est donc un fait : les personnes séropositives et les malades du sida restent encore et toujours victimes de discriminations dans leur vie quotidienne.

Le slogan percutant de la Plate-forme prévention sida se justifie donc autant aujourd'hui qu'hier. Et pour la première fois en 2007, la vaste campagne internationale liée à la Journée mondiale de lutte contre le sida du 1<sup>er</sup> décembre a été relayée en Belgique par une campagne nationale menée solidairement par la Plate-



M'inviterais-tu encore à danser si j'étais séropositive ?

forme en Communauté française et par Sensoa, son association sœur, en Communauté flamande. Par les temps qui courent, cela mérite d'être souligné...

Sur le thème « C'est l'exclusion qu'il faut exclure. Pas les séropositifs. », la campagne a reçu l'appui d'une série de personnalités proches du grand public, issues du monde du spectacle, mais aussi celui de la chanson et du sport, sans oublier les vedettes du petit écran, chaînes publiques et privées pour une fois main dans la main.

La campagne bénéficie du côté francophone de la collaboration de **Maurane**, Jeff Bodart, Bérénice, Julie Taton, Virginie Hocq, Mbo Mpenza, Jacques Mercier, Jean-Michel Zecca, Thomas Van Hamme, Maureen Louys et Sandrine Corman. Elle a pu aussi s'appuyer sur des spots TV et radio (dont un très beau de Maurane) bénéficiant d'espaces radiodiffusés gratuits en Communauté française.

### Pourquoi est-il important de manifester sa solidarité ?

Parce qu'il est insupportable que des personnes déjà confrontées au terrible virus de la maladie soient, en outre, victimes de discriminations au travail, à l'école, et dans de nombreuses autres situations : dans les clubs de sport, à l'hôpital, lors de l'achat d'un bien immobilier...

Rien ne justifie cette exclusion car, si le sida peut frapper tout le monde (hommes et femmes, hétéro-, et homosexuels, jeunes et vieux, Belges et étrangers...), le risque de contamination est exclusivement limité à la contamination par voie sexuelle ou contact sanguin (partage de seringues entre toxicomanes, par exemple). En clair, il n'y a aucun risque à travailler, jouer, étudier, manger, etc. quotidiennement avec des séropositifs...

Depuis le 10 mai 2007 une nouvelle loi anti-discrimination est d'ailleurs entrée en vigueur dans notre pays. Elle s'applique à tous les cas avérés de discrimination fondés sur l'état de santé actuel ou futur. Elle concerne les personnes vivant avec le VIH. Leur exclusion est donc une attitude incompréhensible, voire condamnable par la loi. Grâce à la collaboration de nombreux organismes de prévention



www.preventionsida.org

**"VOUS N'ÉCOUTERIEZ PLUS MA VOIX, SI J'ÉTAIS SÉROPOSITIVE?"**

C'EST L'EXCLUSION QU'IL FAUT EXCLURE. PAS LES SÉROPOSITIFS.

Le 1<sup>er</sup> décembre, Maurane porte le ruban rouge en signe de solidarité avec les personnes vivant avec le VIH. Et vous?

 

sida et du Centre pour l'égalité des chances, la Plate-forme vient de publier une nouvelle édition de la brochure 'Connaître et faire valoir ses droits' qui aborde les aspects juridiques de la vie avec le VIH.

Plus d'infos sur [www.preventionsida.org](http://www.preventionsida.org)

D'après un communiqué de presse de la Plate-forme prévention sida

## Algérie - des porteurs du VIH exclus des soins

*Officiellement, l'Algérie ne serait que faiblement touchée par le sida. Mais cette maladie reste cachée parce que des malades craignent d'être discriminés. Des médecins refusent de s'occuper d'eux, par peur de la contamination.*

La trentaine révolue et le corps frêle, Zoubida fulmine : « C'est à cause de ces pseudo-médecins que, l'an dernier, j'ai perdu ma fille. Prétextant le manque de place, aucun établissement sanitaire d'Alger n'a voulu m'admettre pour accoucher. Allongée par terre dans le hall d'une polyclinique, j'ai donné naissance

sans assistance médicale. Un médecin est seulement venu couper le cordon ombilical. Quelques jours plus tard, ma fille est décédée. »

Zoubida affirme avoir été refusée parce qu'elle est porteuse du virus du sida et qu'en Algérie, des personnes comme elles sont exclues des

soins par certains médecins. « Des malades sont victimes d'une discrimination de la part du corps médical. Les femmes enceintes infectées par le VIH ne sont pas admises dans la plupart des structures sanitaires pour accoucher. La majorité des dentistes, chirurgiens, néphrologues, réanimateurs et autres praticiens refusent catégoriquement de prendre en charge ces malades », affirme une source crédible, bienveillante depuis dix ans dans le mouvement associatif, qui souhaite conserver l'anonymat.

Ainsi, interventions chirurgicales, séances d'hémodialyse, soins dentaires, endoscopies... sont refusés quotidiennement aux malades, dont certains finissent par cacher leur infection. « Cette attitude irresponsable des médecins n'encourage guère le dépistage », ajoute-t-elle. Ce qui favorise la propagation du virus.

### Manque d'hygiène

Du coup, les statistiques algériennes en matière de sida risquent d'être sous-estimées. Les dernières en date données par Onusida (2005) indiquent un taux de prévalence de 0,1 % pour les 15-49 ans ; 19 000 personnes vivraient avec la maladie. Mais le bilan 2006 de l'organisation signale aussi que la collecte des données s'améliore en Algérie, ce qui peut faire monter les chiffres. A Alger, la capitale de 3 millions d'habitants, seules 500 personnes sont en traitement, dont 19 enfants, indique **Zaheira Merah**, présidente de l'association *El-Hayet* (La vie) qui

regroupe des personnes vivant avec le VIH. Des chiffres relativement faibles, car ils occulteraient le grand nombre de personnes malades ou porteuses du sida qui ne se font pas connaître, par crainte d'être victimes de discrimination ou de rejet. « Des médecins qui refusent de prendre en charge un sidéen ou un séropositif, cela existe en Algérie, et ce, en dépit de la promulgation d'un décret ministériel qui stipule que toute personne, quelle que soit sa maladie, a droit à une prise en charge médicale », précise M<sup>me</sup> Merah.

Les médecins que nous avons interrogés, sans démentir clairement, soulèvent le problème du manque de matériel d'hygiène, qui expliquerait leur méfiance. Par exemple, des gants chirurgicaux qui couvrent insuffisamment les bras. « Il y a quelques mois, une sage-femme a été infectée par ce virus en assistant une sidéenne à accoucher, et ce, à cause du manque de matériel garantissant l'hygiène », rapporte l'un d'eux.

Les personnes à la fois porteuses du sida et toxicomanes sont doublement exclues. « Mon frère, hospitalisé en psychiatrie pour une cure de désintoxication, a été mis à la porte dès que ses analyses ont révélé une infection au VIH », témoigne un homme, avant de relever une autre anomalie : « De plus en plus de chirurgiens demandent une sérologie VIH avant de procéder à une intervention chirurgicale. Certains services de chirurgie vont jusqu'à pratiquer le test à l'insu du patient, alors que la loi est claire : le dépistage doit être volontaire. Nous avons connaissance de cas où le

médecin a refusé d'opérer parce que le malade a refusé de pratiquer ce test. »

### Difficile à prouver

**Samia Lounnas Belacel**, administratrice d'Onusida pour l'Algérie, reconnaît l'existence de ce type de comportement, mais précise aussitôt qu'ils sont « d'initiative personnelle, pas gouvernementale ». Catégorique, elle ajoute : « La réglementation en vigueur n'oblige pas les personnes porteuses du VIH à déclarer leur maladie. Nul ne doit être stigmatisé parce qu'il a déclaré sa séropositivité. » D'un autre côté, « il faut aussi garantir aux professionnels de la santé les moyens matériels nécessaires pour se protéger (gants chirurgicaux, stérilisateurs, boîte pour détruire les aiguilles...) » ajoute-t-elle. L'Algérie a mis en place un plan national pour lutter contre le sida, qui comporte l'amélioration de la prévention en milieu de soin et la protection des professionnels de la santé. »

Parmi les mesures prises figure l'introduction de la gestion et de l'analyse sociologique de cette maladie dans le cursus universitaire des médecins et des infirmiers, en plus de la dimension médicale pure. Légèrement, la discrimination médicale est condamnable, mais elle est difficile à prouver et donc à chiffrer. Et les médecins ont du poids dans la société...

**Malika Belgacem**, InfoSud - Syfia Algérie

## Vaccin HPV : le dépistage reste crucial

*Le cancer du col de l'utérus est causé par un virus, le papillomavirus humain (HPV). Deux vaccins contre ce virus sont disponibles actuellement. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a examiné l'efficacité et le rapport coût-efficacité de ces vaccins, ainsi que leur impact sur le budget de l'assurance maladie. Le KCE considère que ces vaccins protègent efficacement contre certains types du virus HPV et que, selon les estimations, jusqu'à 50 % des cancers du col de l'utérus pourraient être évités<sup>1</sup>. Le dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis vaginal reste toutefois indispensable, même après vaccination. Une réduction de la couverture du dépistage pourrait en effet anéantir les effets positifs de la vaccination. L'introduction combinée d'un registre de la vaccination et du dépistage est donc recommandée.*

Grâce au dépistage, le nombre de cas de cancers du col de l'utérus en Belgique a fortement diminué, même si dans notre pays ce dépistage n'est pas organisé de manière optimale. Chez nous, le diagnostic d'un cancer de ce type est posé chez près de 600 femmes chaque année, et plus d'un tiers de ces femmes en décéderont. Le cancer du col de l'utérus est causé par un virus assez commun, le papillomavirus humain (HPV). La plupart du temps, l'infection par le HPV gué-

rit spontanément. Dans de rares cas l'infection devient chronique et peut alors engendrer, des années plus tard, un cancer du col de l'utérus. L'infection et le cancer qui en résulte pourraient dès lors en théorie être évités grâce à un vaccin. Deux vaccins contre le HPV sont actuellement disponibles en Belgique. L'un d'entre eux (Gardasil) sera bientôt quasi intégralement remboursé par l'assurance maladie sous certaines conditions<sup>2</sup>, l'autre (Cervarix) n'est disponible sur le

1 Si on considère l'ensemble des femmes, indépendamment du fait qu'elles aient ou non été infectées préalablement par le virus HPV et si on tient compte de tous les types de virus à haut risque pour le cancer du col, la protection conférée par les vaccins peut en effet être estimée à 50 % de tous les cancers du col. Mais les deux vaccins, couvrant les HPV 16 et 18, offrent bien une protection de près de 100 % contre ces deux types d'HPV chez les femmes qui n'ont jamais été préalablement infectées par ceux-ci. Sachant que les types 16 et 18 sont responsables d'environ 70 % des cancers du col, on peut en déduire un taux de protection théorique de 60 à 70 % lors d'une vaccination des femmes indemnes de toute infection, comme c'est le cas des jeunes filles avant leurs premières relations sexuelles (ndlr).

2 Depuis le 1<sup>er</sup> novembre, l'assurance maladie prend en charge la plus grande partie du coût du vaccin Gardasil administré à des jeunes filles ayant atteint l'âge de douze ans et n'ayant pas encore fêté leur seizième anniversaire. Pour ces jeunes filles, le vaccin coûte 10,6 euros par dose (7,10 si elles bénéficient de l'intervention majorée). Pour les autres, il revient à 130,22 euros par dose. Une vaccination complète coûte donc 390,66 euros au lieu de 31,80 euros dès le jour des 16 ans de la jeune fille. Certaines mutualités ont décidé de faire jouer leur assurance complémentaire pour alléger l'addition. Les Mutualités chrétiennes flamandes, par exemple, ont décidé fin octobre de rembourser 50 euros par dose à leurs affiliées nées en 1989, 1990 et 1991 (75 euros en cas d'intervention majorée).





*Cervarix et Gardasil : les deux producteurs se livrent depuis plusieurs mois à un matraquage publicitaire du public et des médecins*

marché belge que depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2007. L'étude du KCE fait ressortir que tant l'efficacité du vaccin HPV que son rapport coût-efficacité sont fortement liés à certaines conditions. Le vaccin ne protège pas contre toutes les souches de HPV qui provoquent le cancer du col de l'utérus. La proportion totale de cancers du col de l'utérus qui pourrait être évitée par la vaccination est inconnue. Cependant, on sait qu'après la vaccination de femmes n'ayant jamais été infectées par le virus, une diminution de seulement 46 % des lésions précancéreuses a été constatée. La première condition est donc de maintenir le dépistage : une diminution de la couverture du dépistage suffirait à annihiler tous les bénéfices de la vaccination. La deuxième condition est que le vaccin soit administré avant la transmission du virus par

voie sexuelle. La vaccination contre le HPV chez les femmes infectées n'a de fait aucune efficacité. Ceci implique donc de vacciner avant les premiers rapports sexuels. La troisième condition est que le vaccin offre une protection suffisamment longue. Cette protection a été démontrée jusqu'à 5 ans après la vaccination mais des observations sur des périodes plus longues ne sont pas disponibles. Dans l'hypothèse d'une immunité à vie, il est prouvé que 50 % des cancers du col de l'utérus pourraient être évités à terme et le coût par année de vie gagnée (ajusté pour la qualité de vie) a été estimé à 14.000 euros. Par contre, si la durée de protection du vaccin est plus courte, le KCE ne prévoit qu'une diminution de 20 % du nombre de cancers du col de l'utérus (même en cas de vaccination de rappel après 10 ans). Dans ce cas, le coût

par année de vie gagnée (ajusté pour la qualité de vie) a été estimé à 33.000 euros. Le budget d'un programme de vaccination de routine de l'ensemble des jeunes filles de 12 ans a été estimé par le KCE à 24 millions par an. Une partie de cet investissement pourrait être récupérée si le dépistage actuel du cancer du col de l'utérus (estimé à 50 millions par an) était mieux ciblé. Le KCE recommande l'introduction combinée d'un registre de la vaccination et du dépistage, couplé aux données du registre du cancer. *Le texte intégral de ces recommandations est disponible sur le site internet du KCE : [www.kce.fgov.be](http://www.kce.fgov.be) (rubrique « publications ») sous la référence KCE Reports vol 64B.*

## Programme mammothest : polémique

Devant le succès mitigé du programme de dépistage du cancer du sein en Communauté française (voir notre numéro précédent), la Ministre **Catherine Fonck** avait évoqué un faible enthousiasme du corps médical pour adhérer au programme. Cela lui a valu une lettre ouverte outrée dans *Le Journal du Médecin* du 6 novembre 2007, signée par plusieurs dizaines de radiologues et cliniciens francophones. Elle y a répondu en invitant ses contradicteurs à un dialogue dans le cadre d'un groupe de tra-

vail à mettre en place au Centre de référence communautaire. Elle leur rappelle aussi que « *Le Programme de dépistage est organisé conformément aux recommandations européennes. Ses principes de fonctionnement ont été confirmés par le Centre fédéral d'expertise en soins de santé (KCE reports vol. 11B : Dépistage du cancer du sein. 2005), de même que par les experts signataires du livre blanc concernant la prise en charge du cancer en Belgique (juin 2007). Ces experts soutiennent totalement le Programme de dépistage par*

*mammothest et incitent à le promouvoir. Sans vouloir envenimer la polémique, je tiens à les citer : 'D'une façon générale, il est important d'augmenter le taux de couverture en attirant les femmes qui ne se font pas dépister vers le dépistage organisé » et « il s'agit d'inciter davantage de femmes à quitter la mammographie ordinaire pour s'inscrire dans le dépistage systématique qui offre des garanties de qualité supérieure à un coût de revient beaucoup plus avantageux pour la société ».* La ministre ne nie pas qu'il y a eu un manque de concertation préalable à l'organisation du

programme en ajoutant que son Cabinet a entrepris de nombreuses démarches pour rencontrer les médecins traitants, les doyens, les chefs de service de radiologie et gynécologie. Le Centre de référence a également participé à un grand nombre de réunions.

Sur le plan scientifique, elle précise que « c'est parce que nous sommes parfaitement au courant des limites de la mammographie en cas de seins denses que le Programme de dépistage prévoit de réaliser **des échographies** si nécessaire. Il ne serait pas honnête d'affirmer que le Programme de dépistage se limite à une mammographie seule. L'échographie est bien recommandée dans le cadre du Programme, non de façon systématique mais bien lorsque deux radiologues la jugent nécessaire.

Les résultats préliminaires du Programme mettent en avant l'apport de la **double lecture** : elle a permis de « récupérer » des cancers non identifiés par le premier lecteur à un taux de 11%.

L'échographie en cas de seins denses a pour sa part « récupéré » 0,8% de cancers. Ces données ont été confirmées par une étude réalisée par le Programme de dépistage français : 0,4% des cancers sont découverts via l'échographie + l'examen clinique. (...)

Notons que le mammothest rencontre beaucoup plus de succès en Flandre alors que l'échographie n'y est pas recommandée. Plus de la moitié des examens réalisés dans le groupe d'âge le sont dans le cadre du programme. Le corps médical et les femmes y adhèrent mieux. Il serait édifiant d'étu-

dier les causes profondes de cette divergence. Concernant le dépistage français, nous ne disposons pas aujourd'hui d'éléments prouvant la supériorité du programme français en termes de réduction de la mortalité. Aucun élément ne permet d'affirmer non plus que le dépistage tel qu'il est réalisé hors Programme est efficace en termes de réduction de la mortalité. La seule méthode de dépistage qui effectue un suivi épidémiologique à grande échelle et qui évalue ses résultats est le mammothest. Et les résultats préliminaires du Programme sont excellents. »

Réponse de la Ministre fournie aimablement par son Cabinet

## RÉFLEXIONS

# Le partenariat public / privé dans le monde de l'école...

*La question du partenariat entre secteurs public et privé <sup>1</sup> soulève souvent un débat passionnel et très tranché, laissant rarement de la place à la nuance et à l'analyse prudente. Pour préparer la réflexion et offrir des pistes pour l'action, le présent article propose une présentation synthétique des enjeux en présence : pourquoi faut-il faire preuve de vigilance face à une offre du secteur privé ? Quels sont les risques ? Comment repérer une offre du secteur privé ? Quels sont les éléments qui plaident pour (ou contre) la conclusion de partenariats avec le secteur privé ? Quel pourrait être le rôle des équipes PMS-PSE dans ce contexte ?*

*Nous proposons ici une mise à plat du contenu de divers documents (repris en bibliographie), sans prendre position ni dans un sens ni dans l'autre. Notre ambition est de refléter les arguments « pour » et « contre », laissant ensuite au lecteur la responsabilité d'une réflexion critique.*

Plus concrètement, nous proposons aussi une première ébauche de critères à introduire dans un futur outil d'aide à la décision pour les acteurs de la communauté éducative (y inclus les centres PMS et services PSE) : quelles questions se posent face à une offre de partenariat

avec le privé ? Quelles précautions prendre lors de tels partenariats ?

Notre réflexion s'appuie sur une analyse de la littérature, et tout particulièrement sur des documents de travail issus d'une réflexion menée en partenariat avec l'Observatoire de la Santé du Hainaut, ainsi que sur un avis du Conseil supérieur de promotion de la santé émis en 2002 au sujet de l'opportunité d'une charte entre secteurs public et privé <sup>2</sup>.

## Les enjeux

### Introduction

Face à la pénurie endémique de moyens financiers pour les écoles, recourir à du matériel sponsorisé est une idée séduisante. En outre, les enseignants reconnaissent le pouvoir attractif du matériel pédagogique proposé par les entreprises [9].

Réciproquement, quel peut être l'intérêt, pour une entreprise, « d'infiltrer » l'école ? Elle peut avoir un produit à vendre et tenter de fidéliser une clientèle à long terme (produits alimentaires, financiers...). Elle peut vouloir améliorer son image institutionnelle (industries chimiques, pétrolières, automobiles). Elle peut vouloir se positionner auprès des autorités et/ou influencer les comportements sociaux (associations humanitaires, d'aide à l'emploi, de prévention...).

Une entreprise cherche une visibilité, une amélioration de son image de marque, de meilleurs chiffres de vente, une amélioration de son capi-

tal « sympathie » auprès du public et un positionnement avantageux face à la concurrence [27]. Pour les organismes publics tout comme pour les entreprises du privé, l'école peut ainsi être un moyen de communication idéal, où est rassemblé un public non seulement attentif mais également potentiellement prescripteur d'achat. Si l'on considère que deux tiers des produits utilisés par un enfant ou un adolescent le seront encore à l'âge adulte, on perçoit parfaitement le potentiel que peut représenter cette audience captive pour les entreprises et la pérennité de leurs marques.

Et pourtant, la majorité des ministères européens de l'enseignement (et en Belgique, l'article 41 du « Pacte scolaire ») interdisent « toute pratique commerciale au sein des écoles ». Cette phrase se révèle peu explicite car elle ne définit pas ce que l'on entend par pratique commerciale.

Il est donc possible de contourner cette interdiction en acceptant des actions qui ne soient pas identifiées comme commerciales. Tout le monde s'accorde sur le fait que le commerce doit être interdit dans une école. Mais les avis divergent fortement dès que l'on parle plus précisément de sponsoring, de projet pédagogique ou de concours.

## Quelques précisions utiles

### Qu'est-ce que le « secteur privé » ?

Avant de poursuivre, il s'agit de préciser la signification des termes « public », « privé », « marchand », etc.

Quand ils évoquent la question des partenariats de l'école, certains documents ne restrei-

<sup>1</sup> Ce partenariat ne se limite pas à l'utilisation d'outils pédagogiques, mais peut aussi concerner une offre de service (animations, excursions, prêt de matériel, concours...).

<sup>2</sup> Une copie des documents consultés est disponible à l'APES-ULg.



gnent pas leur objet d'analyse au secteur « privé » au sens strict. Ainsi, ces auteurs parlent de « l'ensemble des actions menées par des entreprises, appartenant au secteur privé ou public – pouvant même être une organisation (humanitaire, consommateurs...) – au sein d'une école, quelle que soit cette action et quel que soit le degré de visibilité de l'émetteur ». L'OMS [14] décrit « les entreprises commerciales » en les définissant comme « toute entreprise à but lucratif ». Elle précise que les précautions peuvent s'appliquer à d'autres types d'institutions, notamment aux entreprises publiques, aux associations représentant des entreprises commerciales, aux fondations qui ne se distinguent pas de leur source de parrainage et à d'autres organisations à but non lucratif telles que les établissements universitaires. Le CSPS [30] évoque deux catégories d'entreprises :

- le secteur strictement marchand et les « organisations non-marchandes liées au secteur marchand » (c'est-à-dire « celles qui sont directement financées par le secteur marchand ou [...] celles dont les organes de gestion comportent, directement ou indirectement, des membres ayant un intérêt individuel ou commercial à la campagne envisagée »); dans ce groupe peuvent être par exemple incluses des associations sans but lucratif ou des fondations émanant de l'industrie du tabac, des producteurs de boissons alcoolisées... ou financées directement par une entreprise commerciale »;
- le secteur non-marchand, c'est-à-dire des « organismes sans but lucratif, exerçant une activité de prévention ou de promotion de la santé [...], et dont les organes de gestion ne comportent, ni directement, ni indirectement, des membres ayant un intérêt individuel ou commercial à la campagne envisagée »; dans ce groupe peuvent être, par exemple, incluses les associations sans but lucratif dont les organes de gestion sont indépendants de toute ingérence commerciale et qui proposent un projet dont le financement est partiellement ou totalement couvert par un sponsoring. »

### **Quel type d'initiative émanant du secteur privé les écoles sont-elles susceptibles de rencontrer ?**

Il n'est pas toujours facile de repérer une « incursion » du secteur privé dans le monde scolaire. D'une part, le secteur privé fait preuve d'une grande habileté dans la façon dont il se présente ; d'autre part, certains partenariats avec le secteur marchand peuvent rester cachés vu le grand nombre d'intermédiaires.

Il semble donc judicieux de distinguer plusieurs types d'actions impliquant le secteur privé, afin de faciliter leur « repérage ».

- GMV Conseil distingue les actions pédago-



Photo © Fotolia

giques, le sponsoring, les actions commerciales et le mécénat [9].

Les actions dites « pédagogiques » : la mise à disposition (généralement gratuite) d'équipements et de matériels d'apprentissage ou d'enseignement (livres, ordinateurs, connexions à Internet, logiciels, programmes audiovisuels, brochures éducatives, kits pédagogiques) qui sont utilisés directement dans le processus éducatif. Cette offre d'équipements peut cependant être la contrepartie d'une action commerciale. Les actions dites « de sponsoring » : l'aide (financière, en nature ou organisationnelle) pour des activités auxquelles la participation des élèves est obligatoire ou souhaitable (voyages scolaires, représentations théâtrales, fête de l'école, concours de classe...).

Les actions « commerciales / publicitaires » : la mise en place, dans les environs directs de l'école, de publicité adressée aux élèves ou la

distribution gratuite, dans l'école, de produits et services. Les distributeurs de boissons / sodas pourraient sans doute rentrer dans cette dernière catégorie.

Les actions dites « de mécénat » : l'aide pour la construction / l'exploitation / la fourniture / (d'une partie) des établissements scolaires ou la mise à disposition (généralement gratuite) d'équipements qui ne sont pas directement utilisés dans le processus éducatif, comme des ordinateurs pour l'administration scolaire.

- Le CSPS distingue le mécénat, le sponsoring et l'action directe [30].

« Le mécénat vise une identification à un événement ou à une démarche ; il veut démontrer l'implication d'une entreprise dans son environnement sociétal et in fine améliorer l'image de marque de celle-ci dans le public. »

« Le sponsoring (parrainage) est une technique de communication particulière, mise en œuvre

par un annonceur et qui vise à associer sa marque, dans l'esprit des consommateurs, à un événement sportif ou culturel. »

Dans l'action commerciale directe, l'entreprise recherche un profit à travers son investissement. Il s'agit d'une relation commerciale entre un bailleur de fonds (ou de ressources ou de services) et un particulier (ou un événement ou une organisation).

Le sponsoring s'appuie sur un partenariat avec un tiers, qui est à l'initiative de l'événement ou de l'activité. L'approche commerciale par contre est une action directe en vue d'implanter un produit au sein du public visé.

Waddel [21] distingue publicité fortuite et « placement de produit ».

La publicité (ou « placement de produit ») n'a pas pour but de vendre mais d'informer, faire connaître un produit et y intéresser les gens. Le terme « publicité » se rapporte à toute forme payée de présentation et de promotion des idées, des biens, des services pour le compte d'un commanditaire. C'est le fait que le médium soit payé qui permet à l'annonceur de contrôler le message.

La publicité fortuite ne fait l'objet d'aucun paiement. Par exemple, on retrouve dans un manuel de lecture le logo d'une chaîne bien connue de restaurants pour indiquer aux enfants qu'ils savent déjà reconnaître des mots ou des lettres. La société en question n'a rien payé ni demandé. Pour l'auteur cependant, un logo est une forme de « placement de produit » car le lien se fait quand même dans la tête des lecteurs entre la marque, le logo, et le produit.

Après ces quelques précisions, le lecteur trouvera ci-dessous quelques éléments pour nourrir sa réflexion. Nous présentons, en les opposant, les arguments invoqués par ceux qui sont « pour » et ceux qui sont « contre » l'introduction du privé dans le monde de l'école.

## Les arguments en faveur du principe d'introduction de partenaires privés dans les écoles [9]

### Aspect financier

Cela apporte une réponse aux difficultés financières chroniques des écoles.

### Qualité des documents proposés

Le système éducatif européen n'est pas caractérisé par son innovation en termes d'outils pédagogiques et bien souvent, les enseignants comme les élèves regrettent le caractère rébarbatif des outils pédagogiques des ministères. Les entreprises fournissent généralement des documents extrêmement bien réalisés tant sur le fond que sur la forme, forme faisant souvent défaut aux supports pédagogiques produits par les instances officielles chargées de l'enseignement et de l'éducation.

Lorsque les entreprises mettent du matériel à la disposition des écoles, il ne s'agit jamais d'un cours didactique mais toujours d'un support pédagogique utilisant soit la vidéo, soit le jeu, soit une animation ludique éveillant l'intérêt de l'élève et le rendant plus attentif.

### Valeurs communes

Il est possible de s'entendre sur des messages, des contenus communs, même si les finalités sont différentes.

### Aspect éducatif : expérience des professionnels et ouverture de l'école sur le monde

L'expérience des professionnels du monde économique n'est-elle pas intéressante pour l'éducation de nos enfants ? N'ont-ils pas une vision d'experts qui peut être profitable et apporter une valeur ajoutée indéniable par rapport au matériel habituellement conçu par les professionnels de l'éducation ?

L'école est en mouvement perpétuel, en évolution, n'est-il pas temps d'intégrer le monde de l'entreprise au sein de l'école afin de préparer les enfants au monde qui va être le leur ? [30]

### La publicité et le commerce font déjà partie de la vie des enfants

Il n'est plus concevable aujourd'hui de considérer l'école comme une institution parfaitement neutre et isolée des influences extérieures et notamment du monde économique. Quelles que soient les mesures qui seront prises dans les écoles, l'enfant est soumis à la publicité tout au long de sa vie quotidienne. Afin que l'enfant devienne un consommateur lucide et averti, il est profitable de lui apprendre à reconnaître les intentions publicitaires, à gérer les frustrations qu'elles génèrent...

Même si l'influence que peut avoir le professeur augmente l'impact de la publicité auprès des enfants, il est justement là pour en contrebalancer les éventuels effets pervers.

## Les arguments en défaveur du principe d'introduction de partenaires privés dans les écoles [9]

### Le rôle des pouvoirs publics

Le rôle des pouvoirs publics est d'être garants des intérêts de la collectivité. A ce titre, les pouvoirs publics devraient rester indépendants de tout compromis avec le secteur marchand et

remplir un rôle de recours vis-à-vis des abus éventuels de ce dernier [30].

### Une incompatibilité de valeurs

La culture marchande diffère de la culture académique et de recherche car elle est centrée sur le profit plus que sur la production désintéressée de connaissances et la transmission d'un savoir [4-22-23].

### L'impartialité, le désintéressement exigés des enseignants

Ce fondement du rôle de l'enseignant peut être bafoué par certaines pratiques commerciales dans les écoles. Certains kits pédagogiques vantant implicitement les mérites d'une marque sont contraires à l'impartialité exigée des enseignants. Dans le cas d'un document pédagogique sponsorisé, on pourrait ainsi attendre des enseignants qu'ils fassent remarquer aux enfants qu'il n'existe pas qu'une seule marque présente sur le marché.

Par ailleurs, la dépendance financière résultant de ces partenariats pourrait entraver le principe de neutralité et d'objectivité de l'école, obligeant certains professeurs à accepter des actions pour des motifs financiers sans qu'elles aient un intérêt pédagogique défini [23].

### Les dangers de la publicité pour l'enfant

Parmi ceux-ci, citons l'engourdissement du sens critique, la création de frustrations, l'appauvrissement de la perception de la société par les clichés véhiculés par la publicité, l'encouragement à des attitudes stéréotypées...

De plus, la crédibilité d'un produit (par extension, d'un service, d'un concours...) augmente avec la caution que lui apportent l'enseignant et l'école [19-21].

Il s'agit de ne pas occulter l'aspect néfaste que pourrait représenter l'intrusion de la publicité en milieu scolaire. Il ne faudrait en aucun cas que l'introduction des entreprises à l'école soit l'objet d'une action publicitaire sans but pédagogique.

### Ouverture « officielle » de l'école

La conclusion d'un partenariat entre la Communauté française et le secteur marchand risque de constituer à terme un piège : celui de légitimer la présence du secteur marchand à l'école [30]. L'officialisation de l'ouverture de l'école à l'entreprise pourrait avoir des effets contraires à

## Avantages potentiels pour chacun [20]

pour le secteur public	pour le secteur privé
améliore la santé publique avec moins de temps et moins d'investissement ;	augmente ses ventes et sa part de marché ;
suscite des ressources pour atteindre ses propres objectifs ;	forge de nouvelles alliances ;
apprend des techniques de marketing social.	suscite des ressources pour atteindre ses objectifs propres ;
	est applaudi par les médias ;
	apprend de nouvelles méthodes d'étude de marché et de marketing pour faire changer les comportements.



celui de la valeur pédagogique ajoutée recherchée.

L'influence potentielle des documents sur le programme ou le contenu des cours : sur des thèmes dont le contenu des cours est très peu défini comme ceux concernant l'éducation à la consommation, il ne faut pas ignorer le risque que l'enseignant utilise par commodité le matériel mis à sa disposition et que celui-ci s'éloigne du programme scolaire.

Une baisse de la qualité : il est impossible de prédire ce que l'avenir réserve en termes de qualité des activités sponsorisées dans l'environnement scolaire. Si l'on considère l'exemple américain, et plus particulièrement l'accord entre une chaîne de télévision et les écoles (accord qui prévoit que les élèves doivent regarder les programmes de la chaîne pendant un certain laps de temps par jour, en échange de matériel audiovisuel), on peut constater à quel point l'aspect commercial peut vite dominer l'aspect pédagogique. Il est important de rester vigilant sur cette qualité pédagogique et qu'elle reste l'unique clé d'entrée dans l'école. Une école à deux vitesses : le risque est réel de l'émergence d'une école à deux vitesses, certains établissements bénéficiant de gros moyens alors que d'autres seraient laissés pour compte. Cette conséquence pourrait menacer le principe de l'égalité de chances en matière de formation.

#### Des facteurs moins liés à l'école elle-même

Dans le cas de grosses organisations telles l'OMS ou l'ONU, les risques de ces partenariats sont la perte d'indépendance (notamment pour fixer des normes en santé), la soumission à un partenaire financièrement plus puissant, l'autocensure... [1-5].

### Rôle potentiel du PMS-PSE

Le PSE peut attirer l'attention des écoles sur les enjeux plus généraux sous-jacents aux sollicitations du secteur privé. Il peut également les soutenir dans leurs choix en leur proposant des outils concrets d'aide à la décision.

### Quelques dimensions pour un outil d'aide à la décision

Cette question du partenariat entre les secteurs public et privé n'est pas nouvelle et fait l'objet d'une réflexion depuis plusieurs années... Elle se pose cependant de façon de plus en plus cruciale et est revenue sur le devant de la scène avec l'instauration de la Commission liée à l'article 42 du Pacte scolaire<sup>3</sup> (voir page 12).

En plus de cet organe récemment créé, offrant un cadre légal plus clair aux écoles, il nous semble



important que se développe un outil à destination des communautés éducatives (écoles mais aussi Centres et Services PMS/PSE) afin de les aider à réfléchir et se positionner lorsqu'ils sont sollicités. Nous avons commencé à travailler dans ce sens à l'APES-ULg. Nous vous livrons ci-dessous en avant-première quelques-unes des pistes de travail que nous avons évoquées en équipe.

### Quelques questions à se poser face à une offre de partenariat venant du secteur privé

#### Valeurs

L'outil (ou le partenariat) proposé respecte-t-il certaines conditions et valeurs propres au champ de la promotion de la santé ?

#### Publicité

Le message comporte-t-il, même implicitement,

une incitation à l'achat d'un produit d'une marque donnée ?

#### Analyse de l'outil / l'offre proprement dit

Quel est l'intérêt, la valeur pédagogique de ce qui est proposé ?

Le contenu (base scientifique) est-il exact, complet et fondé sur une base indépendante ?

L'outil proposé est-il attractif ?

#### Processus / démarche

L'offre peut-elle s'intégrer de façon cohérente dans une démarche pédagogique existante ?

Le partenaire privé respecte-t-il la place de « décideur » de l'école ?

### Quelques précautions à prendre

Sur base de ces questions... et de leurs réponses... l'outil à construire proposerait une série de précautions importantes à prendre en cas de conclu-

<sup>3</sup> Voir 'Contrôler les intrusions commerciales dans les écoles', Education Santé n° 226, septembre 2007, p. 11 et 12.



sion d'un partenariat avec le secteur privé. Ces précautions visent essentiellement à :

- favoriser la transparence du processus;
- garantir que l'école (le partenaire public) reste maître du partenariat et des décisions qui en découlent;
- contrôler l'image institutionnelle de l'école;
- garantir le respect de l'interdiction de toute activité commerciale dans le cadre scolaire;
- éviter de soumettre les élèves à un processus d'influence non conscient.

**Sophie Grignard, SCPS APES-ULg**

## Bibliographie

1. Buse K. et al. Partenariats public-privé pour la santé : une stratégie pour l'OMS. Bulletin of the WHO 2001.
2. CFES. Charte des partenariats. Mars 2000.
3. CFES. Les relations du CFES avec le secteur commercial : avis du Conseil Scientifique. Janvier 2002.
4. Chomsky N. Assaulting solidarity : privatizing education. May 2000.
5. Danis G. Les PPP : mythes, réalités et enjeux [notes de recherche]. Octobre 2004.
6. Demoulin M. Le rôle éducatif de la publicité. L'Ecole Démocratique. Octobre 2000.
7. Dixon J. et al. Exploring the intersectoral partnerships guiding Australia's dietary advice. HPO 2004.
8. Douiller A. Les intérêts privés ne peuvent défendre l'intérêt public. La Santé de l'Homme 345. Janvier 2000.
9. GMV Conseil. Le marketing à l'école - rap-

port d'étude. Octobre 1998.

10. Gombert Y. Etre acteur et assumer la fonction d'entreprise citoyenne. La Santé de l'Homme 345. Janvier 2000.
11. Health Education Authority. Partnerships with the private sector : guidance for industry.
12. IUHPE. IUHPE Guidelines for collaboration, partnership and sponsorship. 1999.
13. Lanctôt Y. Le financement privé des services d'éducation et de santé. [Rapport] Centrale de l'Enseignement du Québec, 1999.
14. OMS. Principes directeurs applicables à la collaboration avec le secteur privé en matière de santé. Novembre 2000.
15. OMS. Interactions public-privé pour la santé : l'engagement de l'OMS. Décembre 2001.
16. OMS. La collaboration entre les secteurs public et privé pourrait-elle permettre d'améliorer la santé ? 2001.
17. OMS. 54<sup>e</sup> Assemblée Mondiale de la Santé. Le partenariat OMS/privé répond-il aux besoins en matière de santé publique ou aux priorités des compagnies ? Mai 2001.
18. Ridley RG. Putting the partnership into public-private partnerships. Bulletin of the WHO 2001.
19. Schmetz Ph. L'école, une fille de pub. L'Ecole Démocratique. Décembre 2000.
20. Tain F. et Bendahmane D. PPP : mobiliser les ressources pour atteindre des objectifs de santé publique. 2002.
21. Waddell Y. Faut-il permettre à la publicité d'entrer dans les écoles ? [Communication] Octobre 1999.

22. Walt G. et al. Working with the private sector : the need for institutional guidelines. BMJ 2002.

23. Warde I. L'université américaine vampirisée par les marchands. Le Monde Diplomatique. Mars 2001.
24. Widdus R. Public-private partnerships for health : their main targets, their diversity, and their future directions. Bulletin of the WHO 2001.
25. Coll. Partenariats Public-Privé : mobiliser les ressources pour atteindre des objectifs de santé publique. Janvier 2002.
26. Coll. Charte « A l'école d'une alimentation saine » - Document explicatif.
27. Coll. Comment créer un outil pédagogique en santé : guide méthodologique. Bruxelles : UNMS. Décembre 2004.

## Sites Web

28. [www.ippp.org](http://www.ippp.org) : présentation de l'Institut pour les Partenariats Public-Privé.
29. [www.conso.net](http://www.conso.net). Pédagothèque. *Ont également servi de base à la réflexion plusieurs documents de littérature « grise », notamment :*
30. CSPPS et SCPS. Avis quant à l'opportunité d'une charte de partenariat entre secteurs public et privé en promotion de la santé à l'école (dans le cadre de la réaction au dossier « Spadel »). Novembre 2001 et août 2002.
31. Ensemble de réflexions émanant d'un groupe de travail « Observatoire de la Santé du Hainaut et APES-ULg » (dans le cadre d'un projet de charte portant sur les concours en promotion de la santé).

## La législation en relation avec les articles 41 et 42 du « Pacte scolaire »

En Belgique, les structures devant réguler l'application de l'article 41 (prévues dans l'article 42 du Pacte scolaire) se sont fait attendre très longtemps. C'est en effet le 26 avril 2007 qu'un décret créait la « Commission chargée de connaître de toutes les demandes relatives aux infractions édictées à l'article 41 ». Cette Commission est également évoquée dans une circulaire datant du 24 juillet 2007. Si ces textes n'apportent pas de clarification fondamentale de la notion de pratique commerciale, ils ont néanmoins le mérite de remettre la question à l'ordre du jour... Espérons que ladite Commission clarifiera les pratiques susceptibles d'être qualifiées de « commerciales ».

*Qui compose cette Commission ?*

Présidée par la Directrice générale de l'Enseignement obligatoire, la commission est composée de représentants de l'administration, de l'Inspection, des fédérations de pouvoirs orga-

nisateurs, des syndicats et des fédérations de parents. Elle peut ponctuellement s'entourer d'experts, en fonction du thème de ses travaux. Quelles sont ses missions ?

Ses membres ont pour missions d'apprécier les faits qui leurs sont soumis, en tenant compte des particularités liées au milieu scolaire et à l'intérêt des enfants, et de communiquer un avis au Gouvernement, qui statuera définitivement.

*Qui peut introduire une requête ?*

Un chef d'établissement, un pouvoir organisateur ou son délégué, une association de parents, une organisation syndicale, le Gouvernement ou un organe de représentation et de coordination des pouvoirs organisateurs d'enseignement reconnu par le Gouvernement. La Commission peut également d'initiative se saisir de faits qui apparaissent contraires aux dispositions de l'article 41 et dont elle aurait eu connaissance par toute voie de droit.

*Quelle est la procédure ?*

Le Conseil de participation de l'école sera toujours sollicité afin de débattre, dans un premier temps, de l'objet de la plainte. Le compte-rendu de ces débats sera transmis à la Commission qui sera chargée d'apprécier les faits et de rendre un avis au Gouvernement; ce dernier décidera s'il y a ou non infraction.

*Que « risque » l'école ?*

Si une infraction est constatée, l'école devra prendre les mesures nécessaires pour rétablir la légalité. Dans le cas contraire, le Gouvernement devra prendre les sanctions disciplinaires adéquates et avertir les pouvoirs organisateurs concernés de (et, le cas échéant, mettre en œuvre) l'application de sanctions financières, qui seront d'application tant que l'école n'aura pas rétabli la légalité de sa situation.

# Evaluation du PCO en prévention des assuétudes

## Introduction

Les assuétudes sont une des problématiques prioritaires du Programme quinquennal 2004-2008 et du Plan communautaire opérationnel. Mais elle n'a pas fait d'emblée l'objet d'un PCO dans la mesure où un *Plan concerté de prévention, d'aide et de soins en assuétudes* fut demandé à un Collège d'experts par les gouvernements de la Communauté française et de la Région wallonne. L'Exécutif de la Commission communautaire française (COCOF) s'est également joint à cette demande par la suite.

Le Collège d'experts a été désigné en décembre 2004 et officiellement installé lors de la séance inaugurale tenue en présence des ministres C. Fonck et Ch. Vienne le 24 janvier 2005, à Namur. Le cahier des charges était des plus copieux pour une mission limitée à six mois (1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2005 mais dans les faits réduite à 5 mois) et sans affectation de moyens.

## Le cahier des charges (extraits)

### a) Objet de la mission

Ce collège d'experts avait pour triple mission de :

- dresser un cadastre critique des actions et projets actifs dans les champs de prévention et de prise en charge des toxicomanes et de leur famille en laissant apparaître clairement les manques ou doublons éventuels ;
- établir un inventaire exhaustif et argumenté des besoins qui nécessitent une action conjointe des deux niveaux de compétences concernés ;
- définir les actions prioritaires communes à mettre en place.

### b) Rappel des orientations

En matière de prévention, d'aide et de soins en assuétudes, tous les niveaux de pouvoir sont engagés. La multitude et l'importance de ces différentes interventions complexifient bien souvent l'organisation de l'offre de services aux toxicomanes tant en ce qui concerne l'assistance, l'aide et les soins ; la réduction des risques et des dommages ; les missions de prévention. Il convient dès lors que les différents niveaux de pouvoir concernés, dans le pur respect de leurs compétences spécifiques puissent s'entendre pour l'établissement de nouvelles structures et stratégies transversales cohérentes concernant principalement les secteurs de la Jeunesse, l'Education et l'Enseignement sans oublier le Logement et l'Insertion socioprofessionnelle.

Différentes problématiques ont d'ores et déjà été soulevées et il conviendra que le plan concerté puisse y apporter des solutions concrètes.

Il s'agit de :

1. L'amélioration de la diversification de l'offre

d'aide et de soins aux personnes toxicomanes en ce compris l'accès aux dispositifs de logements supervisés et aux formations professionnelles, ce qui leur est actuellement quasi impossible.

2. La définition d'une politique optimale de gestion des risques quelle que soit leur nature et pour tous les publics concernés.
3. Le renfort des liens entre les actions préventives de réduction de risques et les moyens de prise en charge des patients toxicomanes.
4. La création de nouveaux services de soutien et d'accompagnement des parents et familles de toxicomanes.
5. L'établissement de collaborations utiles entre le secteur de l'aide à la jeunesse et les services offrant une aide médicale et/ou thérapeutique.
6. Le développement d'une stratégie de prévention globale dans les écoles et autres milieux de vie par le biais de cercles relais et ce, en collaboration avec le réseau spécialisé.
7. La participation d'acteurs du secteur socio-éducatif dans les réseaux « assuétudes ».
8. L'amélioration de la prise en charge socio-sanitaire des toxicomanes délinquants, et en particulier des mineurs, y compris durant l'exécution des peines.

## Le rapport

Face à une demande aussi vaste mais comportant des orientations déjà marquées et sans aucun moyen affecté à la mission – excepté l'aide de deux membres de l'Administration de la Région wallonne et de la Communauté française –, le collège s'est vu contraint de faire des choix et redéfinir un objectif réalisable pouvant garantir un résultat utile et utilisable dans le futur. En effet, il s'est avéré que la dimension « cadastre critique des actions et projets actifs (indiquant les manques ou doublons éventuels) » n'était pas réalisable en tant que telle ne fût-ce que pour des questions de temps et de moyens.

Par ailleurs, la notion de plan a d'emblée été interrogée car « un plan requiert un va-et-vient structuré entre choix politiques et éclairage d'experts et d'acteurs de terrain pour développer et faire aboutir ses trois composantes majeures : objectifs, activités et services, ressources ».

Le rapport formule donc une série de constats et propose 76 recommandations (cf. site de la Communauté française ou d'Infor-Drogues) susceptibles d'être intégrées dans l'élaboration d'un plan concerté en matière d'assuétudes.

Le rapport a été remis aux différentes autorités dans le respect du délai fixé soit le 30 juin 2005.

## Suite et retombées

Les trois gouvernements concernés et leurs administrations respectives ont pris connaissance du rapport et dans une Note rectificative – Gouvernement conjoint – Région wallonne-Communauté française-Commission communautaire française, ont pris les décisions suivantes :

« Les Gouvernements conjoints ont considéré que la mise en œuvre des actions transversales sous-tendues par les recommandations du Collège d'experts impliquait différents niveaux de pouvoir et, au sein de ceux-ci, différentes compétences, et nécessitait, au préalable, de s'accorder sur des stratégies communes d'intervention et des mécanismes d'évaluation.

Ils ont dès lors chargé un groupe de travail inter-cabinets, composé de représentants des Ministres compétents en termes de champs d'intervention de la Communauté française, de la Région wallonne et de la Commission communautaire française, de décliner les recommandations du collège d'experts sous forme de plan opérationnel.

Ce groupe de travail a également été chargé d'établir les priorités et de définir les moyens nécessaires à la mise en œuvre des actions proposées.

Après avoir analysé les constats et recommandations formulées par le Collège d'experts, le groupe de travail inter-cabinets a souhaité se scinder en plusieurs sous-groupes chargés d'examiner les différents axes qui sous-tendent les recommandations du Collège.

Trois groupes de travail ont été constitués : politique de santé ; enseignement ; logement, insertion sociale et socioprofessionnelle.

Chaque groupe s'est d'abord attelé à dresser un état des lieux de la situation des secteurs concernés afin de pallier l'absence de cadastre critique des actions menées par chaque niveau de pouvoir. Cette dynamique a fortement contribué à la définition d'initiatives conjointes et de propositions concrètes présentées dans la présente note. Cependant, il est apparu qu'un cadastre des actions menées en matière de prévention, d'aide et de soins en assuétudes avait été réalisé en Région wallonne sous la précédente législature et qu'il pourrait utilement être réactualisé et complété en vue de dresser l'inventaire exhaustif des besoins nécessitant une action conjointe.

Dès lors, un groupe de travail inter-administrations a été chargé d'actualiser ce cadastre, chacun pour ce qui concerne son niveau de compétences. Dans un second temps, une analyse critique de ce cadastre permettra de mettre en évidence les doublons ou les manques éventuels nécessitant la mise en œuvre d'actions communes. Dans ce cadre, des mesures concrètes de simplification administrative devront permettre aux associations co-financées de réduire

leurs démarches administratives liées à leur demande de subvention ou au rapport d'activités.

La présente note précise, point par point, la position des trois gouvernements relative aux différentes recommandations du groupe d'experts et détaille, le cas échéant, les mesures mises en œuvre en la matière ».

Cette Note rectificative a fait l'objet d'une notification du Gouvernement entre le Collège de la Commission communautaire française, le Gouvernement wallon et la Communauté française en date du 10 juillet 2006.

Cette notification comprend trois décisions :  
Le Gouvernement conjoint prend acte de la mise en place d'un groupe de travail inter-administrations chargé de compléter le cadastre des actions mises en œuvre par les différents gouvernements et d'en faire l'analyse critique en vue de dresser l'inventaire exhaustif et argumenté des besoins nécessitant une action conjointe.

Il charge les ministres de la Santé de rencontrer le Collège d'experts afin de l'informer sur sa position relative aux différentes recommandations telle qu'elle figure dans la présente note ainsi que sur

les mesures mises en œuvre en la matière et sur l'état d'avancement de l'élaboration du plan concerté de prévention, d'aide et de soins en matière d'assuétudes.

Il charge les ministres de la Santé de lui faire rapport de l'état d'avancement de l'élaboration de ce plan concerté endéans les 6 mois.

## Aujourd'hui

En toute logique, le groupe d'experts n'existe plus. Néanmoins, au cours du dernier quadrimestre 2006 et comme prévu dans la notification, le Gouvernement conjoint a organisé quelques réunions réunissant les membres du groupe de travail inter-cabinets, des membres des différentes administrations concernées et quelques membres du groupe d'experts.

Ces réunions ont porté sur la question des cadastres, sur la création des Points d'appui assuétudes et sur les réactions à la Note rectificative.

Par ailleurs, l'asbl Eurotox – Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues en Communauté française de Belgique – a été sollicitée par le groupe de travail inter-cabinets/inter-adminis-

trations pour faire part de son travail d'élaboration d'un cadastre des activités de promotion de la santé, prévention et réduction des risques en matière d'assuétudes en Communauté française. Enfin, l'approche de la prévention des assuétudes en milieu scolaire a été parfaitement définie dans la circulaire n° 1552 du 19 juillet 2006 – *Recommandations du Gouvernement de la Communauté française relatives à la prévention des assuétudes en milieu scolaire*, signée par la Ministre-présidente Marie Arena. Cette circulaire présente en seconde partie la création des « Points d'appui aux écoles en matière de prévention des assuétudes ».

Pour en revenir au PCO assuétudes, à ce jour, aucune information n'a filtré à propos de l'état d'avancement des travaux des groupes de travail inter-administrations et inter-cabinets concernant la définition d'un plan opérationnel en matière d'assuétudes en Communauté française.

**Philippe Bastin**, Directeur d'Infor-Drogues asbl

## DONNÉES

# Première diminution significative du nombre de fumeurs en cinq ans

*Pour la première fois en cinq ans, le pourcentage de fumeurs quotidiens accuse une diminution significative dans notre pays. Les photos choquantes désormais présentes sur les paquets de cigarettes rendent le produit moins attirant – surtout aux yeux des jeunes – et constituent une incitation supplémentaire à arrêter de fumer pour un certain nombre de fumeurs. Deux constats qui ressortent de l'enquête sur le comportement tabagique des Belges réalisée par Ipsos à la demande de la Fondation contre le Cancer.*

## Le nombre de fumeurs diminue

D'après l'enquête réalisée auprès de 3911 personnes de plus de 15 ans (effectuée entre le 3 août et le 16 octobre 2007 par Ipsos pour la Fondation contre le Cancer et financée par le SPF Santé publique), le nombre de fumeurs enregistre une diminution significative pour la première fois en cinq ans : le pourcentage de fumeurs quotidiens est ainsi passé de 29 % pour la période 2002-2006<sup>1</sup> à 27 % en 2007<sup>2</sup>.

En 2007, notre pays compte environ 6.000.000

de personnes qui n'ont jamais fumé, 2.600.000 fumeurs et 1.730.000 ex-fumeurs. Toujours pour cette même année 2007, le pourcentage de fumeurs quotidiens s'élève à 27 %, les fumeurs occasionnels représentent 3 %, les anciens fumeurs 20 % et les personnes qui n'ont jamais fumé, 50 %. On note surtout une belle progression au niveau du pourcentage de jeunes qui n'ont jamais fumé : ils sont 76 % chez les 15-17 ans, 56 % chez les 18-24 ans et 48 % chez les plus de 25 ans. Ces résultats confirment une tendance déjà épinglée dans des enquêtes menées par les universités de Gand et de Bruxelles : depuis 1998, les jeunes fument moins<sup>3</sup>.

1 Cinq enquêtes réalisées par Ipsos d'après la même méthodologie auprès de 2.000 personnes en 2002, 2003 et 2005, et auprès de 4.000 personnes en 2006 et 2007, à la demande du CRIOC (2002), du VIG (2003) et de la Fondation contre le Cancer (2005, 2006, 2007). Voir les résultats précédents sur notre site [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be).

2 La marge d'erreur relative à un échantillon de 4.000 personnes est de 1,3 %. On relève une différence significative entre le pourcentage de fumeurs quotidiens en 2006 et 2007.

3 Enquêtes réalisées dans le cadre de l'étude *Health behaviour study of schoolaged children*, par l'Université de Gand (Prof. L. Maes) en Flandre et par Promes (Prof. D. Piette) dans la partie francophone du pays.

## Les photos ont un effet dissuasif

Parallèlement à l'introduction de l'interdiction de fumer dans les restaurants et à l'augmentation du prix des cigarettes, les photos apposées sur les paquets ont également un effet dissuasif. Elles réduisent en effet l'attrait des paquets de cigarettes aux yeux des jeunes et offrent une motivation supplémentaire aux fumeurs désireux d'arrêter de fumer.

Le 31 mai 2007, la Belgique a été le premier pays européen à imposer l'apposition de quatorze photos en couleur différentes sur tous les paquets de cigarettes. Ces photos illustrent les dégâts du tabagisme sur la santé. Lors d'un premier sondage réalisé auprès de 1.194 fumeurs afin de déterminer la photo la plus persuasive, les cinq photos suivantes ont été retenues :

- fumer pendant la grossesse nuit à la santé de votre enfant (impact plus marqué chez les femmes que les hommes);
- fumer provoque le cancer mortel du poumon (impact plus marqué chez les plus de 65 ans);
- les fumeurs meurent prématurément (impact plus marqué chez les jeunes de 15-24 ans);
- protégez les enfants : ne leur faites pas respi-



rer votre fumée (impact plus marqué chez les femmes que les hommes);

- fumer bouche les artères et provoque des crises cardiaques et des attaques cérébrales.

37 % des fumeurs déclarent avoir discuté de ces nouvelles photos avec des amis et des membres de leur famille.

29 % des fumeurs estiment que les photos constituent une incitation supplémentaire à arrêter de fumer.

38 % des fumeurs estiment que les nouvelles photos rendent les paquets moins attirants.

Il faut par ailleurs souligner que ces pourcentages sont encore plus élevés chez les jeunes de 15-24 ans et chez les fumeurs désireux d'arrêter de fumer dans l'année.

### Une plus grande visibilité de la ligne Tabac-Stop est souhaitée

L'une des quatorze mises en garde présentes sur les paquets de cigarettes reprend le numéro de la ligne Tabac-Stop: « Faites-vous aider pour arrêter de fumer : 0800 111 00 ».

La ligne Tabac-Stop est une ligne d'information et de conseil qui répond aux questions relatives au sevrage tabagique et propose un accompagnement adéquat. 7 % de tous les paquets portent donc l'avertissement susmentionné. La moitié des fumeurs souhaitent que le numéro de la ligne Tabac-Stop figure sur tous les paquets (55 % des fumeurs de 35-44 ans et 62 % des fumeurs désireux d'arrêter de fumer dans l'année). Le SPF

Santé publique avait d'ores et déjà remarqué que deux des quatre grands fabricants n'impriment pas la mise en garde mentionnant le numéro de la ligne Tabac-Stop sur le paquet... Page suivante, une illustration très parlante de l'impact des images sur les paquets!

**d'après un communiqué de la Fondation contre le Cancer**

### Méthodologie de l'enquête réalisée par IPSOS

3.911 personnes ont été interrogées chez elles lors d'une interview en face à face, entre le 3 août et le 16 octobre 2007. L'échantillon a été stratifié en fonction des provinces et du type d'urbanisation. Le croisement de ces deux variables donne 37 cellules. Dans chacune de ces cellules, un point de départ a été sélectionné au hasard et s'est vu attribuer un certain nombre d'interviews proportion-

nellement à la population de la cellule. Le nombre de points de départ est estimé à cent. Des quotas sont appliqués en ce qui concerne le sexe, l'âge, la profession (actif/inactif) et le niveau d'éducation de la personne interrogée. La population totale concernait 8.650.000 personnes de quinze ans et plus vivant en Belgique.

Tableau 1 - Pourcentage de fumeurs quotidiens en Belgique (15 ans et plus)

Année	Hommes	Femmes	Total
2002	33 %	25 %	29 %
2003	32 %	22 %	28 %
2005	35 %	24 %	29 %
2006	33 %	25 %	29 %
2007	31 %	24 %	27 %

Source : CRIOC (2002), VIG (2003), Fondation contre le Cancer (2005-2006-2007)

Tableau 2 - Habitudes tabagiques chez les hommes, selon l'âge, la classe sociale, la profession et la région

L'homme	15-24 N=302	25-44 N=691	45-64 N=557	65+ N=345	Total N=1895
fume tous les jours	27 %	37 %	35 %	15 %	31 %
fume occasionnellement	6 %	4 %	2 %	3 %	4 %
ne fume plus	6 %	16 %	30 %	47 %	24 %
n'a jamais fumé	61 %	43 %	33 %	35 %	42 %
L'homme	Classe sociale 1-2 N=471	Classe sociale 3-4 N=463	Classe sociale 5-6 N=508	Classe sociale 7-8 N=453	Total N=1895
fume tous les jours	25 %	31 %	31 %	36 %	31 %
fume occasionnellement	3 %	4 %	4 %	4 %	4 %
ne fume plus	19 %	19 %	27 %	30 %	24 %
n'a jamais fumé	52 %	46 %	39 %	30 %	42 %
L'homme	Ouvrier N=373	Employé N=381	Indépendant N=233	Cadre N=55	Sans emploi N=123
fume tous les jours	43 %	29 %	27 %	24 %	53 %
fume occasionnellement	3 %	5 %	3 %	1 %	6 %
ne fume plus	20 %	20 %	21 %	40 %	12 %
n'a jamais fumé	33 %	47 %	49 %	35 %	29 %
L'homme	Flandre N=1096	Bruxelles N=169	Wallonie N=630	Total N=1877	
fume tous les jours	30 %	26 %	33 %	31 %	
fume occasionnellement	4 %	4 %	4 %	4 %	
ne fume plus	24 %	19 %	25 %	24 %	
n'a jamais fumé	42 %	51 %	39 %	42 %	

Source : CRIOC (2002), VIG (2003), Fondation contre le Cancer (2005-2006-2007)

# BOERKE



Pieter De Poortere

\* Fumer rend impuissant



Tableau 3 - Habitudes tabagiques chez les femmes, selon l'âge, la classe sociale, la profession et la région

La femme	15-24 N=279	25-44 N=684	45-64 N=600	65+ N=452	Total N=2016
fume tous les jours	24 %	28 %	28 %	10 %	24 %
fume occasionnellement	4 %	4 %	4 %	1 %	3 %
ne fume plus	9 %	16 %	19 %	15 %	16 %
n'a jamais fumé	63 %	52 %	49 %	73 %	57 %
La femme	Classe sociale 1-2 N=486	Classe sociale 3-4 N=464	Classe sociale 5-6 N=545	Classe sociale 7-8 N=520	Total N=2016
fume tous les jours	19 %	23 %	28 %	23 %	24 %
fume occasionnellement	5 %	3 %	3 %	3 %	3 %
ne fume plus	15 %	15 %	19 %	13 %	16 %
n'a jamais fumé	60 %	59 %	51 %	60 %	57 %
La femme	Ouvrière N=220	Employée N=534	Indépendante N=117	Cadre N=17	Sans emploi N=153
fume tous les jours	36 %	22 %	26 %	7 %	43 %
fume occasionnellement	5 %	4 %	5 %	5 %	1 %
ne fume plus	16 %	18 %	16 %	-	16 %
n'a jamais fumé	42 %	56 %	54 %	88 %	40 %
La femme	Flandre N=1209	Bruxelles N=204	Wallonie N=603	Total N=2016	
fume tous les jours	23 %	19 %	27 %	24 %	
fume occasionnellement	4 %	2 %	3 %	3 %	
ne fume plus	16 %	13 %	15 %	16 %	
n'a jamais fumé	57 %	66 %	55 %	57 %	

Source : CRIOC (2002), VIG (2003), Fondation contre le Cancer (2005-2006-2007)

## BRÈVES

### Formation

#### Liège

De janvier à juin 2008

Le CERES, Centre d'enseignement et de recherche pour l'environnement et la santé de l'Université de Liège organise un nouveau cycle de formations intégrées en communication pour la santé (CAPS) et l'environnement (ECOCOM) du 30 janvier au 27 juin 2008.

Ces formations poursuivent les objectifs suivants :

- promouvoir la santé et l'environnement dans la perspective du développement durable en utilisant des moyens de communication appropriés ;
- maîtriser les outils de la recherche d'emploi ;
- améliorer sa connaissance de soi et sa confiance en soi ;
- découvrir les réseaux de la promotion de la santé et de l'ErE.

Ces formations gratuites, d'une durée de 21 semaines, organisées avec le soutien du Fonds Social Européen, du Forem, de la Région wallonne et de la Communauté française, sont destinées à des personnes sans activité professionnelle.

Séance d'information mercredi 9 janvier 2008 à 10h.

Séance de sélection vendredi 11 janvier 2008 à 10h.

Renseignements : CERES, Université de Liège, Place Delcour 17, Bât. L1, 4020 Liège. Tél.: 04 366 90 60.

Fax : 04 366 90 62. Courriel : [steceres@ulg.ac.be](mailto:steceres@ulg.ac.be).

Site web : [www.ceres.fapse.ulg.ac.be](http://www.ceres.fapse.ulg.ac.be)

### Handicap

#### Namur

A partir de janvier

L'Ecole de santé publique de l'UCL et le Département de psychologie des Facultés Notre-Dame de la Paix proposent un Certificat interuniversitaire en intervention auprès des personnes en situation de handicap, de janvier à décembre 2008.

L'enseignement sera organisé autour de 10 modules de 12h de cours (soit un vendredi sur deux par mois) :

- aspects psycho-sociaux et représentations sociales de l'inclusion des personnes handicapées ;
- aspects psycho-dynamiques et cognitivo-comportementaux du développement des personnes handicapées ;
- aspects socio-économiques de la gestion des politiques relatives au handicap et de l'inclusion des personnes handicapées ;
- utilisation des classifications du handicap dans le champ de l'intervention auprès des personnes handicapées : assurance maladie-invalidité, ergothérapie ;
- introduction aux méthodes et techniques nouvelles dans le champ de la réadaptation fonctionnelle, y compris l'utilisation des TIC ;
- promotion de la santé affective, relationnelle et sexuelle des personnes handicapées, y compris les programmes d'intervention ;

7. problématiques actuelles de la diversité appliquée au champ du handicap, dans le domaine de l'intégration professionnelle ;

- prévention des handicaps et promotion de la santé dans le champ du handicap: méthodes - techniques ;
- aide précoce et accompagnement des personnes handicapées : approche théorique et pratique ;
- bientraitance et maltraitance : nouvelles perspectives dans l'éthique de l'intervention auprès des personnes handicapées.

Le certificat vaut 17 crédits. Le programme peut être scindé en deux parties de 5 modules.

Les frais d'inscription sont de 900 € pour l'ensemble de la formation, 500 € pour la 1<sup>re</sup> partie (de janvier à mai), 450 € pour la 2<sup>e</sup> partie (de juin à décembre).

Lieu : FUNDP, Département de psychologie, rue de Bruxelles 61, 5000 Namur.

Renseignements et inscription :

Département de psychologie - FUNDP,

Professeur Michel Mercier (081 72 44 30), Michel Grawez

(081 72 44 36, courriel : [michel.grawez@fundp.ac.be](mailto:michel.grawez@fundp.ac.be)),

site [www.fundp.ac.be/psycho](http://www.fundp.ac.be/psycho).

Ecole de santé publique - UCL,

Professeur Elisabeth Darras (02 764 34 39),

Cellule formation continue - HOSP, Barbara Bodart

(02 764 34 57, courriel : [formation-hosp@uclouvain.be](mailto:formation-hosp@uclouvain.be)),

site [www.hosp.ucl.ac.be](http://www.hosp.ucl.ac.be).



## Alimentation

### Arlon

21 janvier 2008

« Bien-être intestinal et alimentation », dans le cadre des Pausas Santé organisées par Vie Féminine, la Mutualité chrétienne de la province de Luxembourg, et le Centre de planning et de consultation familiale et conjugale d'Arlon.

Cela se passera de 12h15 à 13h15, à la Salle polyvalente, rue Netzer 23, 6700 Arlon.

Participation gratuite. Inscription obligatoire au plus tard le jeudi qui précède, auprès de Vie Féminine, tél. 063 22 56 25 (possibilité de réserver un sandwich au même moment, au prix de 3 €).

## Assuétude

### Havré

22 janvier 2007

Dans le cadre de ses Midis Santé, l'Observatoire de la santé du Hainaut organise une conférence intitulée « Partage de pratiques autour de l'assuétude », **Eléonore de Villers**, coordinatrice du Réseau « La Citadelle ».

Lieu : Observatoire de la Santé du Hainaut, Espace Rencontres (2<sup>e</sup> étage), rue Saint-Antoine 1, 7021 Havré (de 12h00 à 14h00).

Renseignements : 065 87 96 14 ou sur le site <http://www.hainaut.be/sante/observatoiresante/>.

## Deuil

### Liège

A partir du 22 janvier 2008

Le Centre de Planning et de Consultations Conjugales et Familiales « Estelle Mazy » organise un groupe de parole pour personnes endeuillées.

Ce groupe réunit 6 à 10 personnes qui traversent une période de deuil suite à la perte récente d'un être cher, ou d'un décès plus ancien mais encore à vif. Le partage des expériences et des émotions, soutenu par la présence des animatrices, aide à sortir de l'isolement et du trop plein de sentiments mêlés. Le processus de deuil peut alors s'élaborer au rythme de chacun, avec une attention mutuelle.

Le groupe est animé par **Anne Franssen-Deuse** et **Claire Eyen-Louis**, psychologues au Centre et membres du Réseau d'accompagnement du deuil coordonné par le Centre de Prévention du Suicide. Il se réunit au rythme d'une fois tous les quinze jours, le mardi de 20 à 22 heures. Module de 10 séances qui ont lieu dans les locaux du centre, rue de la Cathédrale, 94 à 4000 Liège.

1<sup>re</sup> date : mardi 22 janvier à 20 heures

Pour tout renseignement, contacter le Centre au 04/223 51 20.

## Alimentation - exercice physique

### Bruxelles

30 janvier 2008

Manger - bouger à l'école!

Le Plan national nutrition santé (PNNS) organise une journée sur le rôle de l'école en tant que lieu propice au développement d'habitudes alimentaires

équilibrées et à un mode de vie plus actif.

Cette journée a pour but de promouvoir et de faire connaître des actions conduites au niveau des écoles et en milieu d'accueil. Celles-ci s'inscrivent dans le cadre des objectifs du PNNS et de la politique de promotion des attitudes saines en termes d'alimentation et d'exercice physique des enfants et adolescents en Communauté française. Il sera question de présenter la politique nutritionnelle nationale en cohérence et en continuité avec la politique communautaire et de l'illustrer par des échanges d'expériences sur le terrain. Cette journée s'adresse aux enseignants et aux partenaires de l'école : les associations d'élèves, les associations de parents, les enseignants, les surveillants, les directions, les responsables de cuisine, les entreprises de restauration collective, les centres psycho-médico-sociaux (PMS), les services de promotion de la santé à l'école (PSE), les centres locaux de promotion de la santé (CLPS), les observatoires de la santé, les pouvoirs locaux, les services communautaires de promotion de la santé (SCPS).

Lieu : Campus CERIA, Auditorium Jacques Brel, avenue E. Gryzon 1, Anderlecht.

Accessible aux personnes à mobilité réduite.

Participation gratuite.

Les inscriptions se font par [www.nutrifyzics.com](http://www.nutrifyzics.com) ou par fax 02 524 73 98

Une confirmation sera adressée à toute inscription.

Le nombre des inscriptions est limité!

Informations complémentaires :

Laurence Doughan (02 524 73 76).

## Sclérose en plaques

### Naninne

2 et 16 février. 1 et 15 mars 2008

La Ligue Belge de la Sclérose en Plaques - Communauté Française asbl organise à partir du 2 février 2008 un cycle de quatre matinées d'information, réservé aux personnes ayant reçu un diagnostic de sclérose en plaques depuis moins de 2 ans et à leur entourage proche.

Le diagnostic de sclérose en plaques soulève souvent de nombreuses questions, tant chez la personne atteinte de la maladie que dans son entourage. Ces interrogations peuvent avoir trait, par exemple, à la maladie, à ses traitements, à son évolution ou encore à ses conséquences sur la vie familiale et sur les projets personnels.

Il n'est pas aisé, pour les personnes concernées, de trouver des réponses aux questions qu'elles se posent et de rencontrer des interlocuteurs disposant des connaissances et du temps nécessaires à une information de qualité prenant en compte leur sensibilité. Un échange d'expériences avec d'autres personnes vivant une situation similaire est également largement souhaité.

C'est pourquoi la Ligue réédite son « Ecole de la SEP » les samedis 2 février, 16 février, 1<sup>er</sup> mars et 15 mars 2008 (9h30 - 12h30).

Lieu : Centre de rencontre de la Ligue, à Naninne (autoroute Bruxelles - Luxembourg, sortie n°16).

Pour plus d'informations, contactez la Ligue belge de la Sclérose en Plaques, Geneviève Tychon (Directrice) ou Cécile Dradin (Secrétaire de direction), 64 Parc industriel Sud, rue des Linottes 6, 5100 Naninne. Tél.: 081 40 15 55. Fax : 081 40 06 02. Courriel : [ligue.sep@ms-sep.be](mailto:ligue.sep@ms-sep.be). Site : [www.ms-sep.be](http://www.ms-sep.be).

## Estime de soi

### Liège

12 et 19 février 2008

Le Centre de planning familial le « 37 » organise deux journées de formation pratiques ouvertes à tous sur le thème « Et si on communiquait 'vrai'? Des outils pour une meilleure communication et une affirmation de soi plus adaptée ».

Cela se passera les mardis 12 et 19 février 2008 de 9h15 à 16h30, dans les locaux du planning.

Places limitées. Inscriptions indispensables.

Planning Familial le « 37 », rue Saint Gilles 29, 4000 Liège. Tél.: 04 223 77 89.

## Législation

### Bruxelles-Capitale

La Région de Bruxelles-Capitale vient de se doter d'une ordonnance relative à la politique de prévention en santé, texte entré en vigueur le 1<sup>er</sup> novembre dernier. Cela concerne 'la partie de la politique de santé comprenant des activités et services visant à prévenir et dépister des affections et maladies et à contribuer à la promotion de la santé, à l'exception de mesures prophylactiques nationales'.

Et moi qui croyait que c'était du ressort des Communautés (CDB)!

## Avis aux impatients

Vous pouvez prendre connaissance d'Edu-  
cation Santé une quinzaine de jours avant  
sa parution. Pour cela, il vous suffit sim-  
plement d'envoyer votre adresse électro-  
nique à [education.sante@mc.be](mailto:education.sante@mc.be). Vous  
recevrez alors avant le 25 du mois la revue  
au format PDF du mois suivant (fichier  
d'environ 600 Ko). Merci de nous prévenir  
si vous souhaitez supprimer votre abon-  
nement postal par la même occasion.



## Santé locale et régionale

Mons

1<sup>er</sup> au 4 avril 2008



### Publications

#### Les familles : de nouvelles fragilités ?

Les « situations familiales contemporaines » (famille monoparentale, famille recomposée, etc.) peuvent entraîner des difficultés relationnelles, comportementales et émotionnelles au sein d'une famille. Ces difficultés peuvent affecter le milieu relationnel familial et en fragiliser la santé mentale. En vue de proposer un accompagnement de la famille le plus adéquat, il est important de bien cerner les « fragilités » vécues par cette famille mais aussi d'appréhender les niveaux d'adaptabilité de cette dernière.

Cette revue de littérature proposée par le RESO-UCL a permis de constater qu'il est indispensable de redéfinir les rôles parentaux/familiaux mais aussi de pointer de nombreuses périodes de vulnérabilité (naissance, handicap, décrochage scolaire, divorce, famille recomposée, deuil, perte d'emploi, etc.) et donc d'en tenir compte dans toute démarche d'aide, d'accompagnement.

D'autre part, la majorité des auteurs cités dans ce dossier montrent que la valeur « famille » reste une valeur importante en terme de milieu de vie, d'apprentissage, d'éducation, de soutien, d'espace identitaire, d'univers de socialisation ; et ce pour autant qu'il y ait une cohésion, une harmonie au sein de la famille. Enfin, pour faire face aux périodes de fragilité, il est nécessaire d'aider la famille, et plus particulièrement les parents, à développer des stratégies d'écoute, de compromis, de cocooning. DOUMONT D., GEERTS C., LIBION F., *Les familles dans la société contemporaine : de nouvelles fragilités...?*, UCL-RESO, janvier 2007, (Série de dossiers techniques ; réf. 07-43), 23 pages.

Les dossiers techniques du RESO sont consultables sur le site [www.mc.ucl.ac.be/entites/esp/reso](http://www.mc.ucl.ac.be/entites/esp/reso).

Ils peuvent aussi être commandés à l'adresse :

Université catholique de Louvain, Faculté de médecine - Ecole de santé publique, Unité d'éducation pour la santé RESO, avenue Mounier 50, 1200 Bruxelles.

Contact : Dominique Doumont, tél. 02 764 50 76 ou [dominique.doumont@reso.ucl.ac.be](mailto:dominique.doumont@reso.ucl.ac.be).

### Santé mentale

Pour sa nouvelle campagne, l'Autre 'lieu' s'est penché sur l'utilisation du manuel diagnostique et statistique de classification des troubles mentaux en psychiatrie, le DSM.

Edité sous la forme d'un gros annuaire par l'American Psychiatry Association, le DSM est devenu au fil du temps le manuel de référence des professionnels, par

lequel les syndromes psychiques d'une personne sont identifiés en vue d'un diagnostic.

En d'autres termes, ce diagnostic se base sur un nombre minimum de critères établissant qu'un individu soit considéré comme présentant une pathologie psychiatrique ou neuropsychiatrique. Si l'Autre 'lieu' veut ouvrir le débat sur le DSM aujourd'hui, c'est que celui-ci présente une vision individuelle des troubles mentaux, dégagée des déterminants sociaux et culturels, et considère que c'est la personne qui dysfonctionne et qu'il ne faut pas remettre en cause son environnement et ses conditions de vie.

Brochure disponible gratuitement à l'Autre 'lieu', rue Marie-Thérèse 61, 1210 Bruxelles.

Tél.: 02 230 62 60. Fax : 02 230 47 62.

Courriel : [aurelie.autreliu@edpnet.be](mailto:aurelie.autreliu@edpnet.be).

Internet : [www.autreliu.be](http://www.autreliu.be).

### Education du Patient

La nouvelle livraison d'*Education du patient & Enjeux de santé* est consacrée au thème de l'anxiété, au départ d'une journée d'études de février 2007 consacrée à cette question.

Ce numéro comprend également un intéressant article proposant des repères méthodologiques pour 'L'usage de la peur dans les documents de prévention'.

*Education du patient & Enjeux de santé n° 2 / 2007*, en vente au prix de 7,75 euros (+ port) au Centre d'Éducation du Patient, rue Fond de la biche 4, 5530 Godinne. Abonnement individuel à 23 euros et institutionnel à 31 euros.

### Genre et santé

C'est le thème du cahier du n° 42 de *Santé conjugulée*, qui se décline en contributions sur la question féministe, la santé des femmes, et la féminisation de la profession médicale.

Lecture chaudement recommandée, comme d'habitude! *Santé conjugulée*, n°42, juillet 2007. Disponible au numéro (individuel 8,68 euros / institutionnel 11,16 euros + port), ou par abonnement (individuel 29,75 euros / institutionnel 54,54 euros – prix pour la Belgique).

Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones, boulevard du Midi 25 boîte 5, 1000 Bruxelles. Tél.: 02 514 40 14.

### L'allaitement maternel

Ce nouveau recueil documentaire publié par RESOdoc UCL propose une sélection d'articles sur la place de l'allaitement maternel dans la société et sur les multiples facteurs qui influencent le choix des femmes de commencer, de poursuivre ou d'abandonner l'allaitement maternel.

Les articles proviennent de la base de données Doctes, base de données bibliographiques, partagée et alimentée par les partenaires du réseau WebDoctes.

Pour compléter les informations, on trouvera, en fin de recueil, une liste d'organismes, de personnes ressources, de sites Internet ainsi que les références de certains documents dont la lecture est conseillée.

*L'allaitement maternel*, RESOdoc UCL, Bruxelles, mai 2007, (Série de Recueils documentaires ; n°16).

Les recueils peuvent être acquis moyennant une participation aux frais de reproduction de 13.20 € (frais de port inclus pour la Belgique) par recueil.

RESOdoc UCL, Avenue Emmanuel Mounier, 50 bte 5070, 1200 Bruxelles. Tél.: 02 764 50 70. Fax : 02 764 50 74.

La liste des recueils documentaires déjà parus est disponible sur <http://www.uclouvain.be/reso-recueil.html>.

### Tabac

#### Le Coach Tabac-Stop, une nouvelle initiative de la Fondation contre le Cancer

L'enquête relative au comportement tabagique a fait ressortir un constat important : près de la moitié des fumeurs souhaitent arrêter de fumer (20 % veulent y parvenir dans l'année, 27 % souhaitent arrêter de fumer, mais pas dans l'année). En tant que ligne d'assistance téléphonique gratuite, la ligne Tabac-Stop est un service aisément accessible.

La Fondation contre le Cancer a lancé en plus le *Coach Tabac-Stop*, un service d'aide en ligne qui peut être consulté 24 heures sur 24. Grâce à ce programme informatique personnalisé, la ligne Tabac-Stop entend toucher un nouveau groupe cible : des fumeurs résolus à arrêter de fumer, mais qui n'ont pas besoin de conseils par téléphone ni d'une entrevue en face à face. Le *Coach Tabac-Stop* est lui aussi un service gratuit, accessible via [www.tabacstop.be](http://www.tabacstop.be).

Il s'agit d'un site interactif et personnalisé, qui propose une série de solutions utiles pour arrêter de fumer. Après un test de motivation, le *Coach Tabac-Stop* établit le profil du fumeur et indique la phase du processus de sevrage tabagique qui concorde avec ce profil de motivation. Le site renvoie ensuite automatiquement le fumeur vers le module correspondant à la phase dans laquelle il se trouve. Le fumeur reçoit ainsi des conseils et des recommandations parfaitement adaptés à sa situation.

Le *Coach Tabac-Stop* distingue 5 phases :

- le fumeur n'envisage pas encore d'arrêter de fumer ;
- il y pense, mais le moment approprié ne s'est pas encore présenté ;
- il y pense sérieusement et commence à demander des conseils ;
- il vient d'arrêter de fumer ;
- il tient bon, mais une rechute est toujours possible.

Ce programme propose plusieurs formules d'aide : envoi de conseils personnalisés par courriel, journal, graphiques représentant la consommation personnelle, test de motivation, forum, minitests, articles et possibilité d'accompagnement par un professionnel.

Site : [www.tabacstop.be](http://www.tabacstop.be)

# Bonne année, bonne (promotion) santé!

C'est le rédacteur en chef d'un mensuel qui prend un peu plus de couleurs à partir d'aujourd'hui qui vous adresse ses meilleurs vœux. Au mois d'août, nous vous avons demandé de nous donner votre avis sur la revue, son contenu, ses rubriques, son site internet aussi. Vous avez été plus de 600 (sur 2150 abonnés) à nous répondre, et je profite de l'occasion pour vous en remercier chaleureusement. Nous y reviendrons prochainement.

En attendant, nous appliquons dès ce premier numéro de l'année quelques enseignements de cette évaluation.

Le plus visible est le passage à la quadrichromie sur l'ensemble de la publication, qui augmentera votre confort de lecture sans grande conséquence sur le coût de fabrication de la revue. Beaucoup d'entre vous ne connaissent pas encore le site [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be), qui est pourtant paradoxalement de plus en plus popu-

laire (plus de 10.000 visiteurs par mois à l'heure actuelle). Nous vous rappellerons régulièrement son existence.

A l'heure où tout s'accélère, nous vous offrons aussi la possibilité, à partir d'aujourd'hui, de recevoir *Education Santé* par courriel une quinzaine de jours avant sa distribution postale. Eh oui, entre le moment où la mise en page est achevée et celui où le facteur dépose la revue dans votre boîte aux lettres, il se passe en général deux semaines!

Pour bénéficier de ce service (qui permet notamment de prendre connaissance plus rapidement des *Brèves*, par ailleurs aussi disponibles sur le site), il vous suffit d'envoyer votre adresse électronique à [education.sante@mc.be](mailto:education.sante@mc.be).

Et encore merci pour votre fidélité.

**Christian De Bock**

[www.educationsante.be](http://www.educationsante.be)

Visitez notre site internet! Nous y avons stocké en texte intégral près de 1000 articles parus dans la revue depuis le n° 155 en janvier 2001. Vous pourrez y trouver un article en cherchant par nom d'auteur, par numéro de parution, par rubrique, et par mots présents dans le texte (un ou deux mots, ensemble ou s'excluant l'un l'autre). Simple et efficace... Vous y trouverez aussi un agenda mis à jour toutes les semaines.



**Mensuel (11 numéros par an, ne paraît pas en juillet).**

**Abonnement :** gratuit pour la Belgique, 50 € pour 22 numéros pour l'étranger. Paiement par virement bancaire sans frais. RIB : GKCCBEBB. IBAN : BE 60 7995 5245 0970. Si paiement par chèque, ajouter 20 € pour les frais bancaires.

**Réalisation et diffusion :** Infor Santé, Alliance nationale des mutualités chrétiennes, dans le cadre de la Cellule de Coordination intermutualiste ANMC-UNMS.

**Rédacteur en chef, secrétaire de rédaction :** Christian De Bock (02-246 48 50, [christian.debock@mc.be](mailto:christian.debock@mc.be)).

**Secrétaire de rédaction adjoint :** Catherine Spiece (02-515 05 85, [catherine.spiece@mutsoc.be](mailto:catherine.spiece@mutsoc.be)).

**Journalistes :** Colette Barbier, Carole Feulien.

**Ont collaboré à ce numéro :** Philippe Bastin, Malika Belgacem, Fondation contre le Cancer, Sophie Grignard, KCE, Plate-forme prévention sida, Charlotte Royen, Bernard Van Tichelen

**Documentation :** Maryse Van Audenhaege (02 246 48 51, [maryse.vanaudenhaege@mc.be](mailto:maryse.vanaudenhaege@mc.be)).

**Site internet :** Maryse Van Audenhaege.

**Contact abonnés :** Maryse Van Audenhaege (02 246 48 51, [maryse.vanaudenhaege@mc.be](mailto:maryse.vanaudenhaege@mc.be)).

**Comité stratégique :** Gaëtan Absil, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Benoît Dadoumont, Christian De Bock,

Alain Deccache, Carole Feulien, Sophie Fiévet, Véronique Janzyk, Roger Lonfils, Paul Sonkes, Catherine Spiece, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Maryse Van Audenhaege, Christian Van Rompaey.

**Comité opérationnel :** Alain Cherbonnier, Christian De Bock, Jacques Henkinbrant, Thierry Poucet.

**Editeur responsable :** Jean Hermesse, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

**Maquette et mise en page :** Muriel Logist.

**Impression :** Impaprint.

**Tirage :** 2.600 exemplaires.

**Diffusion :** 2.400 exemplaires.

**ISSN :** 0776 - 2623.

Les articles publiés par *Education Santé* n'engagent que leurs auteurs. Les articles non signés sont de la rédaction. La revue n'accepte pas de publicité.

Les textes parus dans *Education Santé* peuvent être reproduits après accord préalable de la revue et moyennant mention de la source.

**Pour tous renseignements complémentaires :**

Education Santé, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Tél. : 02-246 48 51. Fax : 02-246 49 88 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire).

Internet : [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be)

Courriel : [education.sante@mc.be](mailto:education.sante@mc.be)

**Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé, une seule adresse :** [www.pipsa.org](http://www.pipsa.org)

Revue membre de l'A.R.S.C., Association des revues scientifiques et culturelles – [www.arsc.be](http://www.arsc.be)

Les textes de ce numéro seront prochainement disponibles sur notre site [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be) (sous réserve d'acceptation des auteurs).

Notre site adhère à la Plate-forme [www.promosante.net](http://www.promosante.net).

Imprimé sur papier blanchi sans chlore – Emballage recyclable.

## Sommaire

### Initiatives

Dépistage : après le cancer du sein, le cancer colorectal, par la *Fondation contre le Cancer* 2

« C'est l'exclusion qu'il faut exclure. Pas les séropositifs », par la *Plate-forme prévention sida* 4

Algérie - Des porteurs du VIH exclus des soins, par *Malika Belgacem* 5

Vaccin HPV : le dépistage reste crucial, par le *KCE* 6

Programme mammothest : polémique 7

### Réflexions

Le partenariat public/privé dans le monde de l'école, par *Sohie Grignard* 8

### Stratégie

Evaluation du PCO en prévention des assuétudes, par *Philippe Bastin* 13

### Données

Première diminution significative du nombre des fumeurs en cinq ans, par la *Fondation contre le Cancer* 14

### Brèves

17



La revue *Education Santé* est réalisée avec l'aide du Ministère de la Communauté française de Belgique Département de la Santé.